



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEAD
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

ALINE SILVA JERÔNIMO

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE
REGIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CISAPE NO SERTÃO DO ARARIPE
PERNAMBUCANO**

JOÃO PESSOA - PB

2012

ALINE SILVA JERÔNIMO

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE
REGIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CISAPE NO SERTÃO DO ARARIPE
PERNAMBUCANO**

*Monografia apresentado a Secretaria de Educação a
Distância da Universidade Estadual da Paraíba como
requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão
em Saúde.*

Orientadora: Prof^a D.Sc. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

JOÃO PESSOA - PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

J56c

Jerônimo, Aline Silva.

Consórcios intermunicipais de saúde como ferramenta de regionalização [manuscrito]: a experiência do cisape no sertão do araripe pernambucano/Aline Silva Jerônimo. - João Pessoa, 2012.

51 f.: color.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde). – Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Profa Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, DEAC”.

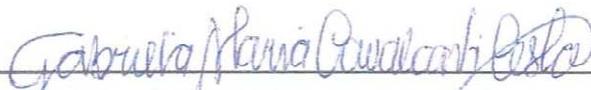
1. Gestão em Saúde 2. Regionalização 3. Consórcios de Saúde I. Título.

21. ed. CDD 658

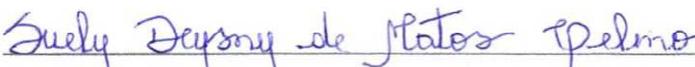
ALINE SILVA JERONIMO

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE
REGIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CISAPE NO SERTÃO DO
ARARIPE PERNAMBUCANO**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.


Profª D.Sc. Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB


Profª. M.Sc. Sheila Milena Pessoa dos Santos
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG


Profª. M.Sc. Suely Deysny de Matos Celino
União de Ensino Superior de Campina Grande

Campina Grande, 21 de Junho de 2012.

***Dedico este trabalho àquelas
pessoas especiais que
fazem parte de minha
vida***

AGRADECIMENTOS:

À Deus, por tudo;

À minha família, que na convivência diária, me inspira e me motiva das mais diversas formas a seguir sempre em frente;

À Marcel Vitor Ramos, pelo incentivo e pela compreensão nas horas de ausência, mas que contribuiu significativamente para a conclusão deste trabalho;

À Renata Gomes, que foi a responsável por me inserir no contexto deste trabalho, pelas considerações precisas e fundamentais na elaboração do mesmo e que contribuiu de forma consistente para sua finalização;

À amiga e enfermeira Illyane Alencar Carvalho pela força, companheirismo e troca de experiências ao longo do curso;

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós Graduação e Especialização em Gestão em Saúde pela atenção prestada e norteadora do projeto;

À Prof^a. M.Sc. Sheila Milena Pessoa dos Santos, meu agradecimento especial, pelo apoio, amizade, carinho e competência profissional.

JERÔNIMO, Aline Silva. **Consórcios Intermunicipais de Saúde como Ferramenta de Regionalização: a experiência do CISAPE no Sertão do Araripe Pernambucano**. Campina Grande, 2012. 45p. Monografia – Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

RESUMO

Com a descentralização e as novas atribuições e competências em relação às políticas sociais e com objetivo de aumentar a capacidade de gestão, muitos municípios se organizaram para constituir Consórcios Intermunicipais, visando principalmente à melhoria da prestação dos serviços de saúde, onde essa ferramenta têm sido objeto freqüente de avaliações de resultado, impacto e mecanismos de implementação do processo de regionalização tanto nos estados quanto nos municípios. Este estudo tem como objetivo geral analisar o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano enquanto ferramenta de regionalização no interior do estado de Pernambuco. A pesquisa se processou em bases qualitativas, onde foi adotado o método de pesquisa documental. Como caso exemplar foi escolhido o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano que representa uma estrutura já consolidada e incorporada ao cotidiano dos municípios que o compõe. Foram respeitados os preceitos éticos e iniciada a pesquisa após assinatura do Termo de Autorização do representante legal da instituição. Como técnica de coleta de dados foi realizada consultas a bases de dados administrativos dos registros do CISAPE. Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. O estudo revelou aspectos importantes em relação à formação e o desenvolvimento dos consórcios intermunicipais ampliando a visão sobre a execução de políticas públicas com base na participação dos entes consorciados. Os resultados mostraram que o CISAPE tem representado ganhos e melhorias da capacidade de gestão e maior eficiência na oferta de serviços para os municípios da região do Araripe Pernambucano, apresentando como vantagens deste tipo de cooperação a referência aos serviços oferecidos, a reestruturação de sua oferta e uma maior resolutividade e melhor qualidade dos serviços ofertados pelo consórcio.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Regionalização. Consórcios de Saúde.

JERÔNIMO, Aline Silva. **Consortia Health Regionalization as a Tool: the experience of CISAPE Araripe in the Hinterland of Pernambuco.** Campina Grande, 2012. 45p. Monograph - State University of Paraíba, 2012.

ABSTRACT

With decentralization and the new roles and responsibilities in relation to social policies and in order to increase management capacity, many municipalities have organized to form Consortia, aimed primarily at improving the delivery of health services, where this tool has been the subject frequent assessments of outcome, impact and mechanisms of implementation of the regionalization process in both states as in the municipalities. This study aims at exploring the Consortium Sertão Araripe Pernambucano as a tool of regionalization within the state of Pernambuco. The research was done in a qualitative basis, where we adopted the method of documentary research. Was chosen as exemplary case of the Consortium Hinterland Araripe Pernambucano representing a structure already consolidated and incorporated into everyday municipalities that compose it. We respected the ethical and initiated the search after signing the authorization of the legal representative of the institution. As a technique for data collection was performed queries to databases of administrative records CISAPE. For qualitative data analysis we used the technique of content analysis. The study revealed important aspects regarding the formation and development of consortiums broadening the perspective on the implementation of public policies based on the participation of syndicated entities. The results showed that the CISAPE has represented gains and improvements in management capacity and greater efficiency in providing services to the municipalities of the region Araripe Pernambucano, presenting the advantages of this type of cooperation with the services offered, the restructuring of its offer and a higher resolution and better quality of services offered by the consortium.

Keywords: Health Management. Regionalization. Health Consortia.

JERÔNIMO, Aline Silva. **Regionalización Consorcios de Salud como una herramienta: la experiencia de CISAPE Araripe en el interior de Pernambuco.** Campina Grande, 2012. 45p. Monografía - Universidad del Estado de Paraíba, 2012.

RESÚMEN

Con la descentralización y los nuevos roles y responsabilidades en relación con las políticas sociales y con el fin de aumentar la capacidad de gestión, muchos municipios se han organizado para formar consorcios, dirigida principalmente a mejorar la prestación de servicios de salud, donde esta herramienta ha sido objeto evaluaciones frecuentes de los resultados, el impacto y los mecanismos de implementación del proceso de regionalización, tanto en los estados como en los municipios. Este estudio tiene como objetivo explorar el Consorcio Sertão Pernambucano Araripe como una herramienta de regionalización en el estado de Pernambuco. La investigación se realizó en una base cualitativa, donde se adoptó el método de investigación documental. Fue elegido como caso ejemplar del Consorcio Hinterland Araripe Pernambucano que representa una estructura ya consolidada e incorporada en los municipios que la componen todos los días. Respetamos la ética e inició la búsqueda después de haber firmado la autorización del representante legal de la institución. Como técnica de recolección de datos se llevó a cabo consultas a bases de datos de CISAPE registros administrativos. Para el análisis cualitativo de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido. El estudio reveló aspectos importantes con respecto a la formación y desarrollo de consorcios de ampliar la perspectiva sobre la aplicación de políticas públicas basadas en la participación de las entidades sindicadas. Los resultados mostraron que la CISAPE ha representado avances y mejoras en la capacidad de gestión y una mayor eficiencia en la prestación de servicios a los municipios de la región Araripe Pernambucano, presentando las ventajas de este tipo de cooperación con los servicios ofrecidos, la reestructuración de su oferta y una mayor resolución y mejor calidad de los servicios ofrecidos por el consorcio.

Palabras clave: Gestión de la Salud, Regionalización, Salud Consorcios.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Ambulatório Médico Especializado

CISAPE - Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano

CODEAM - Consórcio para o Desenvolvimento do Agreste Meridional

COMANAS - Consórcio dos Municípios da Mata Norte e Agreste Setentrional

COMSUL - Consórcio dos Municípios da Mata Sul

GERES - Gerência Regional de Saúde

HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NIS - Núcleo Intermunicipal de Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO.....	16
3. MARCO TEÓRICO –CONCEITUAL	17
3.1 Municipalização e Regionalização da Saúde.....	17
3.2 Cenário dos Consórcios Intermunicipais no Brasil.....	20
3.3 Aspectos Jurídicos e Normativos dos Consórcios Intermunicipais.....	21
4. DELINEAMENTO METODOLOGICO.....	25
4.1 Caracterização do trabalho.....	25
4.2 Cenário do estudo.....	26
4.3 Procedimento da coleta de dados.....	26
4.3.1 Instrumento de coleta	26
4.3.2 Análise dos dados.....	27
4.3.3 Aspectos éticos.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
5.1 O Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano.....	30
5.2 O modelo consorciado em saúde no Estado de Pernambuco.....	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	48

1. INTRODUÇÃO

Desde sua criação, o sistema público de saúde no Brasil vem experimentando mudanças significativas. A Constituição Federal Brasileira de 1988 trouxe consigo elementos calcados nos princípios de descentralização política, consagrando também a autonomia municipal (BATISTA, 2011a).

O marco legal da Constituição Federal, além de conferir maior autonomia municipal, também criou instrumentos de intervenção que teriam como cunho principal beneficiar aqueles que verdadeiramente dependiam das políticas públicas, principalmente as sociais, tais como educação, saúde e assistência social (BRASIL, 1988; BATISTA, 2011a).

Com a descentralização e as novas atribuições e competências em relação às políticas sociais e com objetivo de aumentar sua capacidade de gestão, muitos municípios se organizaram para constituir Consórcios Intermunicipais, visando o aumento da disponibilidade de recursos, melhorar o desenvolvimento urbano, o tratamento de lixo, saneamento, planos de preservação ambiental, promover o desenvolvimento econômico regional e melhorar a prestação dos serviços de saúde (BATISTA, 2011b).

Nesse contexto, a redistribuição das atribuições dos vários níveis de governo e a maior responsabilidade do poder municipal trouxe a municipalização da saúde como um dos alicerces da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Visando aumentar as iniciativas locais e ampliar as ações na área da saúde por meio de políticas intersetoriais e regionais, foi desenvolvida no SUS a formação de consórcios intermunicipais.

Do ponto de vista jurídico e etimológico a palavra consórcio significa a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza, onde este se constitui como um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para se alcançar objetivos comuns (AMAZONAS, 2012; BRASIL, 1997b;).

Estudos nesta área têm permitido uma visualização de um cenário envolto de aspectos regionais, colocando em evidência a participação dos entes da sociedade nas decisões locais e uma forte tendência à descentralização político-administrativa (PONTES, 2008).

Para Pontes (2008), os consórcios podem ser firmados entre todas as esferas de governo, sejam Municípios - Municípios, Municípios – Estados, Estados – União, Municípios – Estados – União.

As novas alternativas que os municípios foram encontrando para se associar e resolver problemas em comum culminou no desenvolvimento de ferramentas e instrumentos para o andamento de suas ações. Pontes (2008) refere que essa tendência de articulação entre entes foi o que fomentou a formação de consórcios intermunicipais, como uma forma de promover a articulação entre municípios para o desenvolvimento de seus territórios.

Os consórcios intermunicipais fundamentam-se em arranjos organizacionais e vem sendo usados como instrumento de novas soluções na gestão pública e no âmbito de políticas setoriais regionais, sendo inseridos também no centro da agenda política do setor saúde em projetos governamentais. Essa ferramenta têm sido objeto freqüente de avaliações de resultado, impacto e mecanismos de implementação do processo de regionalização tanto nos estados quanto nos municípios.

Segundo Pontes (2008), os consórcios intermunicipais também podem ser entendidos como uma forma de arranjo entre dois ou mais municípios que se organizam de forma a executar determinada função municipal. Para o autor, a área de atuação dos consórcios deve ter características geográficas, sociais, econômicas e culturais comuns, visto que isso facilitaria o planejamento e a execução das ações no território. Lima (2000), também refere que os consórcios além de possuir essas características em comum, também devem possuir a demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e, principalmente, a pretensão política expressa pelos municípios que o constituem ou qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Além disso, os consórcios se baseiam numa relação de igualdade entre os entes envolvidos, onde a decisão e a autonomia dos governos locais são preservadas, sem subordinação hierárquica aos seus membros ou à instituição administradora (BRASIL, 1997a; PONTES, 2008).

Dentre os outros problemas que envolvem os municípios nas áreas de educação, transporte, informática, meio ambiente, agricultura e outras, os consórcios também vêm sendo usados como instrumento operacional no intuito de se conseguir maior rendimento de seus esforços e evitar a dispersão de recursos financeiros,

humanos e materiais, além de elevar ao máximo o aproveitamento dos recursos municipais (BRASIL, 1997a).

Losada (2008) apud Batista (2011b, p. 59) refere que dentre as principais vantagens de consorciamento entre os entes da Federação está o fato de:

Permitir a descentralização de recursos técnicos e financeiros e promover a regionalização e territorialização de políticas públicas; promover o fortalecimento gerencial e administrativo dos Municípios, dos Estados/Distrito Federal e do Governo Federal; agilizar a execução de projetos, baratear custos; dar maior transparência à aplicação de recursos públicos e ampliar a capacidade contratual dos Consórcios Públicos, inclusive na captação de recursos.

Para Neves e Ribeiro (2006), a grande vantagem da formação dos consórcios é o fato de poder suplantar as carências e as lacunas ainda existentes em algumas áreas, principalmente na assistência à saúde. Estes autores também citam que além do setor saúde, outras áreas como ciência, tecnologia e saneamento vêm tendo o fortalecimento e a ampliação de suas ações com esta ferramenta.

Decorrente desses interesses em comum, os consórcios intermunicipais permitem aos gestores viabilizar e garantir ações e serviços, mediante a utilização de recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses fatores produzirá os resultados desejados, o que não seria viável se os municípios atuassem isoladamente (AMAZONAS, 2012).

Assim, visando suprir a necessidade de oferta de serviços, principalmente os especializados, os consórcios intermunicipais iniciaram a ser cada vez mais implantados como alternativa de organização de rede regional, capaz de superar lacunas assistenciais. Esse inovador modelo de gestão vem atuando como um fator de integração regional entre municípios, implementando uma gestão por resultados através de indicadores e metas pactuados, buscando superar as deficiências em determinadas áreas específicas.

Para compreender como esse processo de fortalecimento e inovação nos novos moldes de gestão entre entes federativos, nos pautamos na concepção de que a formação de consórcios intermunicipais vem se firmando como novas estratégias de enfrentamento no âmbito local e regional, adaptando-se às necessidades de organização do modelo assistencial preconizado por este sistema, principalmente no que diz respeito a ferramenta regionalização enquanto princípio do SUS.

Em meio a esse contexto, a problemática em questão visa entender como se deu o processo de formação deste novo modelo de gestão, tendo como objeto de estudo o uso dos consórcios intermunicipais como ferramenta de regionalização.

2. OBJETIVO

- Analisar o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano - CISAPE, enquanto ferramenta de regionalização no interior do estado de Pernambuco.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 MUNICIPALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Após o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde houve uma evolução gradual em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. A descentralização figurou mais de perto a realidade social, política e administrativa do país, assim como suas especificidades regionais, depositando nos gestores os desafios decorrentes da fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços (BRASIL, 2006a).

Para Viana et al (2010, p. 02) compreende-se a regionalização como:

Um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

A regionalização da saúde é uma diretriz que orienta a descentralização das ações e serviços, potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores, definida como uma diretriz que orienta a organização do SUS (BRASIL, 2006a).

Os elementos para consolidação do Sistema Único de Saúde, através do Pacto pela Saúde em 2006, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, traz mudanças significativas para a execução do SUS, tal como a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização (BRASIL, 2006b).

Dentro do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, caracterizou-se a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios. Para Dourado e Elias (2011), a regionalização é a diretriz do SUS que decorre da integração de seus componentes, mediante

arranjos entre os entes federados, para a garantia da efetivação do direito à saúde. Para esses autores, essas relações intergovernamentais são a base para a consolidação da regionalização das ações e serviços de saúde no Brasil, dando-se especial destaque as figuras regionais como instâncias administrativas.

A descentralização dessas ações, além da estruturação da atenção em saúde a partir da conformação de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas estimula estados e municípios a exercerem efetivamente seus papéis. O avanço deste processo depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, a partir do fortalecimento da Gestão Regional enquanto elementos de co-gestão (PERNAMBUCO, 2010b).

Os preceitos da descentralização político-administrativa, baseado na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi idealizada compreendendo a descentralização dos serviços para os municípios, juntamente com a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (DOURADO e ELIAS, 2011).

Ribeiro e Costa (2000) também referem que o processo de municipalização foi o foco central neste processo de organização da atenção à saúde no Brasil culminado pela descentralização.

Esse processo de transição em direção as competências voltadas aos municípios foi marcado por normatizações ministeriais, tal como as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que tiveram como cunho fundamental a condução dos municípios na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios, onde toda essa dimensão municipalista da descentralização trouxe consigo os avanços no SUS em relação à responsabilização e ao aumento da capacidade de gestão em saúde dos municípios (DOURADO e ELIAS, 2011).

Com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, a regionalização foi enfatizada como estratégia indispensável para que o processo de descentralização se concretizasse, adquirindo um sentido mais organizativo (BRASIL, 2001).

No entanto, o processo de descentralização do SUS mostrou algumas fragilidades, visto que não foi capaz de resolver as desigualdades existentes em

relação ao acesso aos serviços, utilização e gasto público em saúde, além de não ter regido à formação de arranjos mais cooperativos (VIANA et al, 2010).

Esse processo de descentralização da política de saúde no Brasil exigiu que houvesse uma participação maior dos municípios na provisão dos seus serviços de saúde o que, por conseguinte, exigia um incremento maior nas suas atividades. Com a consequente responsabilidade pela execução desses serviços e maior influência dos municípios, os processos de organização de sistemas regionais hierarquizados que teriam como executores os estados, passaram a experimentar uma perda significativa de suas ações em detrimento daquelas que antes eram executadas por eles (NEVES e RIBEIRO, 2006).

Para Dourado e Elias (2011), dentro deste processo de municipalização da saúde, a não observância dos papéis entre estados e municípios, dificultou as definições de responsabilidades sobre a execução desses serviços de saúde, onde nem todos os entes participantes do processo tiveram êxito nas ações, visto que, por um lado a gestão municipal mostrava capacidade de resposta a demandas sociais, por outro se via que nem todos os municípios tinham capacidade de governo, principalmente os de pequeno porte (DOURADO e ELIAS, 2011; RIBEIRO e COSTA, 2000).

Assim, tendo em vista o fortalecimento do processo de regionalização e a necessidade de uso de ferramentas que viabilizassem o crescente processo de governança local, os municípios passaram a vislumbrar o uso de iniciativas locais que viessem a tentar superar os desafios decorrentes do processo de responsabilização pelas ações e serviços de saúde em seus territórios.

Frente a essas necessidades, foram surgindo alternativas que emanavam a união dos entes gestores para a superação desses desafios. Neste âmbito, surgiu uma forma de parceria regional que se desenvolveu no SUS ao longo da década de 90, expressada através de Consórcios Intermunicipais de Saúde (RIBEIRO e COSTA, 2000).

Essas modalidades foram difundidas por todo o país e sua formação foi sendo induzida pelo estado, mudando o cenário da gestão local em saúde desses entes cooperados.

3.2 CENÁRIO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS NO BRASIL

Em meio ao cenário de reformas do Estado mediante todo o processo de mudanças, a gestão pública vê o surgimento dos consórcios, inicialmente chamados de Consórcios Administrativos, que foram considerados “acordos celebrados entre entidades estatais da mesma espécie ou do mesmo nível, destinados à realização de objetivos de interesse comum” (BATISTA, 2011b).

Desde a Constituição Federal de 1937 já se discutia a formação de Consórcios Intermunicipais com a previsão do agrupamento de municípios para execução de serviços públicos em comum (NEVES, L., 2001).

Na década de 1970, já se percebia um pequeno número de consórcios administrativos formados. A partir de 1980 a ideia de consorciamento foi mais difundida com a Constituição Federal de 1988, cuja redação permitia aos municípios a formação de consórcios públicos entre os entes federados, conferindo a estes maior autonomia e maior fortalecimento da esfera local na gestão de determinados serviços (PONTES, 2008). Neste período, o Brasil passou por grandes transformações políticas e os municípios foram estimulados pelo processo de descentralização, difundindo-se a criação de consórcios entre municípios (BATISTA, 2011b).

Batista (2011b), afirma que a década de 1980 foi palco para as primeiras experiências exitosas de cooperação intermunicipal, onde muitos municípios buscaram mecanismos de fortalecimento do governo local a partir de ações políticas regionalizadas, em busca de superar desafios difíceis de serem resolvidos individualmente.

No âmbito da saúde, o consórcio público foi sendo visto como um instrumento para a realização de atividades conjuntas entre os entes da federação responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, vinha com a ideia de reforçar o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do SUS (BRASIL, 1997a).

3.3 ASPECTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS

Calcados na legislação já vigente, o debate sobre essa prática dentro da agenda pública do setor saúde no país foi intensificado (LIMA, 2000). Na década de 1990, várias leis complementares trouxeram o aparato legal para a descentralização de determinadas ações e execução de políticas públicas (PONTES, 2008). A Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 já previam a formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde dentro do processo de municipalização (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Todo esse arsenal jurídico viabilizou a formação desses arranjos intermunicipais, visando à racionalização de recursos locais e regionais inseridos num novo modelo de gestão regionalizada, porém a discussão só foi sendo impulsionada a partir de 1993, com um aumento bastante significativo no número de municípios consorciados (NEVES, L., 2001; PONTES, 2008).

Para Lima (2000), com a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996 (NOB – SUS nº 01/1996) os consórcios intermunicipais de saúde também foram inseridos no contexto do processo de regionalização e hierarquização da rede de serviços, como estratégias para articulação e mobilização dos municípios.

A Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, que regulamenta a formação dos consórcios públicos entre os vários entes federativos, enfatizou a importância deste instrumento como ferramenta de governança regional, trazendo novas soluções em gestão pública, os preceitos de modo inédito no país e o esboço do processo de regionalização. Com esta nova configuração, muitos consórcios constituídos inicialmente como entes privados iniciaram medidas para sua conversão em entes públicos (BRASIL, 2005; NEVES e RIBEIRO, 2006).

O marco mais importante da Lei dos Consórcios Públicos foi a regulamentação dos arranjos entre entes federativos no Brasil, eliminando assim a insegurança jurídica antes existente e o fato de potencializar a cooperação federativa, expandindo o leque de ações dos consórcios públicos e a possibilidade de captação de recursos (BATISTA, 2011b).

Embasados na legislação vigente e no direcionamento do processo de descentralização municipal, onde os municípios passaram a ter a responsabilidade pela execução dos seus serviços de saúde, a atenção integral à saúde exigia um aporte de recursos financeiros, humanos e tecnológicos que muitas vezes o município não estava preparado para oferecer. A partir da formação desse processo, essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios (BRASIL, 1997b).

Com o menor comprometimento dos estados no financiamento às políticas de saúde, os consórcios intermunicipais tornaram-se uma solução para a formação de sistemas regionais, tanto como alternativa de financiamento quanto no custeio dos serviços ou como alternativa de investimentos, enquanto a participação dos estados se concretizava através de apoio técnico aos municípios (NEVES e RIBEIRO, 2006).

Para Ribeiro e Costa (2000), os consórcios também se caracterizaram como alternativas organizacionais permitindo uma maior flexibilidade gerencial para aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e implementação de programas de incentivo.

Neves e Ribeiro (2006) do mesmo modo referem que alguns estados incentivaram a formação dos consórcios intermunicipais no intuito de estruturar e fortalecer alguns mecanismos regionais, principalmente na assistência de média e alta complexidade. Por outro lado, outros consórcios foram surgindo a partir da percepção de fatores voltados a cooperação regional para ampliar a oferta de serviços.

Para Lima (2000), os consórcios de saúde são de fato elementos de conjuntura recente. Em seu estudo o autor refere que 95% dos consórcios do Brasil estudados na época foram criados a partir de 1990, após a constituição do SUS e da regulamentação das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Entre 1995 e 1996 foi observado o maior número de consórcios criados, onde 70% deles foram implantados nestes anos (LIMA, 2000).

O estudo de Lima (2000) corrobora o de Ribeiro e Costa (2000) que também mencionam que esses arranjos organizacionais sofreram um grande impulso no país a partir de 1995. Segundo dados da pesquisa destes autores, essa evolução foi

decorrente do acelerado desenvolvimento de organizações semipúblicas na política setorial brasileira ao longo da década de 90, refletindo uma alternativa de gestão do novo sistema (LIMA, 2000; RIBEIRO e COSTA, 2000).

No Brasil, não há uma precisão sobre a quantidade de consórcios implantados, porém acredita-se que a maioria seja formada apenas por municípios. Para Pontes (2008), havia uma predominância de consórcios temáticos nas áreas de saúde, lixo e transportes. No entanto, este cenário foi mudando. Segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE de 2009, hoje existem em todo o Brasil consórcios na área de desenvolvimento urbano, emprego, educação, cultura, turismo, habitação, transporte, saúde e meio ambiente, onde as regiões sul e sudeste apresentam o número mais significativo de consórcios (IBGE, 2010).

Em estudo realizado por Batista (2011a) foram citados 409¹ Consórcios Intermunicipais Públicos existentes no Brasil, porém nestes não estavam incluídos os quatro Consórcios Intermunicipais do Estado de Pernambuco já regulamentados pela Lei 11.107/05: Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano - CISAPE (Contrato de Programa nº 001/2010); Consórcio dos Municípios da Mata Sul – COMSUL (Convênio SES nº 114/2010); Consórcio dos Municípios da Mata Norte e Agreste Setentrional – COMANAS (Convênio SES nº 116/2010) e o Consórcio para o Desenvolvimento do Agreste Meridional – CODEAM (Convênio SES nº 201/2011).

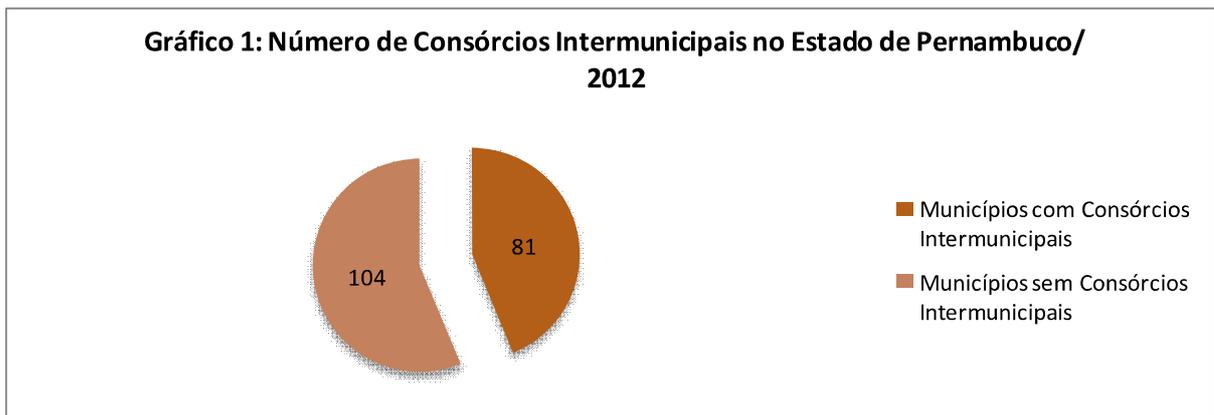
Os consórcios citados por Batista (2011a) estão distribuídos em contextos sócio-econômicos diferenciados e também organizados distintamente, atuando nas áreas de saúde, infraestrutura, meio ambiente, desenvolvimento socioeconômico, segurança alimentar, saneamento básico, resíduos sólidos e recursos hídricos.

Segundo Batista (2011a) na área de saúde foram citados 190 consórcios intermunicipais voltados a essas atividades. Este número expressa uma evolução em relação ao crescente processo de formação desses entes, visto que em estudo de Ribeiro e Costa (2000), segundo dados do Ministério da Saúde, naquele ano existiam apenas 143 Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil, envolvendo 1.386 municípios.

¹Em seu trabalho, Batista (2011c) cita apenas 409 Consórcios Intermunicipais Públicos no Brasil. O autor não faz menção aos quatro Consórcios Intermunicipais do Estado de Pernambuco que já se encontram devidamente instituídos e operantes.

No estado de Pernambuco, dos 185 municípios, 81 já estão consorciados, conforme nos mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Número de Consórcios Intermunicipais no Estado de Pernambuco/ 2012



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES), 2012.

Neste cenário, as necessidades regionais fizeram com que os entes políticos se agrupassem. Diante desse crescente processo de formação, pode-se perceber que a formação dos consórcios intermunicipais de saúde vem sendo usados como uma ferramenta importante para a descentralização e a regionalização da oferta de serviços, gerando soluções em diversas regiões do país, sendo utilizados para a implementação e fortalecimento do processo de municipalização da saúde (NEVES e RIBEIRO, 2006).

4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

A pesquisa se processou em bases qualitativas a partir da experiência de um consórcio público no interior do estado de Pernambuco, o CISAPE.

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa visa o aprofundamento e a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Neves, J. (1996) complementa que o método de estudo qualitativo permite uma compreensão e interpretação dos fenômenos a partir de seus significantes e contextos, supondo, pois, uma visão mais abrangente dos problemas ao viabilizar contato direto com o objeto de análise e fornecer um enfoque diferenciado para compreensão da realidade. Ainda assim, focaliza as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados, tendo como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos (QUEIROZ, 2007; SERAPIONI, 2000).

Godoy (1995) refere que a abordagem qualitativa oferece pelo menos três possibilidades: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia.

Para o desenvolvimento deste estudo foi adotado o método de pesquisa documental. Para Godoy (1995), “a pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar”. Neves, J. (1996) corrobora que a pesquisa documental é considerada uma importante estratégia metodológica, pois oferece uma base útil para outros tipos de estudos qualitativos, além de permitir ao autor tomar enfoques diferenciados dentro da pesquisa.

Ainda assim, Godoy (1995), afirma que os documentos são considerados importantes fontes de dados para as pesquisas qualitativas. Outros autores também citam que o uso de documentos em pesquisa possibilita ampliar o entendimento de

objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural, objetivando identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Como caso exemplar foi escolhido o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano. O CISAPE é localizado na cidade de Ouricuri, sendo referência para toda a área de abrangência de treze municípios: Afrânio, Araripina, Bodocó, Dormentes, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (Sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade, abrangendo uma população estimada de 364.772 habitantes (IBGE, 2011).

O CISAPE foi o primeiro consórcio intermunicipal em Pernambuco a trabalhar com um modelo de gestão regionalizada, sendo a experiência mais antiga e conhecida do estado. Este consórcio vem funcionando regularmente há mais de quatro anos e representa uma estrutura já consolidada e incorporada ao cotidiano dos municípios que o compõe (PERNAMBUCO, 2012).

4.3 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

4.3.1 Instrumento de Coleta

Previamente às atividades de coleta de dados, já existia uma aproximação da pesquisadora com a temática e lócus do estudo, o que facilitou a contextualização e qualificação no desenvolvimento das atividades da pesquisa.

Queiroz (2007) também refere que nas pesquisas qualitativas a análise de documentos é um método utilizado para a coleta de informações. Sendo assim, esta

pesquisa se processou em consultas a bases de dados administrativos dos registros do CISAPE. Para a definição das questões centrais que orientaram o estudo foram consideradas como roteiro dentro da pesquisa documental as seguintes variáveis: 1) documentos que refletissem o processo de implantação do CISAPE; 2) arranjo político do consórcio; 3) mecanismos de financiamento; 4) o modelo adotado; 5) serviços oferecidos aos municípios consorciados; 6) mecanismos e aspectos que favorecem o êxito do CISAPE.

4.3.2 Análise dos Dados

Para Sá-Silva et al (2009) a etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos estudados.

Por ser comumente utilizada na análise de documentos recorreremos à metodologia da análise do conteúdo, visto que é uma dentre as diferentes formas de se interpretar o conteúdo de um texto ou encontrar significados. Para Appolinário (2009, p. 27) apud Sá-Silva et al (2009, p. 11):

Conjunto de técnicas de investigação científicas utilizadas em ciências humanas, caracterizadas pela análise de dados lingüísticos. [...] Normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a um teoria específica.

O procedimento de análise dos dados foi seguido pelas etapas descritas por Bardin (2004): a pré-análise, onde se procedeu à escolha dos documentos a serem analisados e a leitura exaustiva dos mesmos, tendo em vista o objeto e os objetivos do estudo; a análise, com exploração do material e a interpretação e discussão dos resultados. Neste sentido, buscou-se interpretar, sintetizar as informações e realizar as inferências necessárias.

Ressalta-se que este tipo de técnica vale-se de documentos originais e que neste tipo de pesquisa também se utiliza métodos e técnicas para a apreensão,

compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Após consentimento da instituição e assinatura da carta de autorização do CISAPE para desenvolvimento da pesquisa, os documentos foram avaliados na íntegra. As informações coletadas foram lidas, classificadas e analisadas.

A análise de todas as fontes selecionadas, em relação ao delineamento da pesquisa, possibilitou observar, descrever e classificar as informações referentes ao consórcio, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado e obter informações para o presente estudo. Após leitura atenta e minuciosa de cada material, as informações colhidas foram analisadas e discutidas no trabalho.

Por ter sido o primeiro consórcio intermunicipal do estado de Pernambuco esbarramos na limitação e escassez de fonte de dados de outros consórcios que tivessem as mesmas características para que pudéssemos analisar e fundamentar o presente estudo.

4.3.3 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado a partir da assinatura da carta de autorização do CISAPE (APÊNDICE B) para desenvolvimento da pesquisa e análise documental.

Por razões de segurança e confidencialidade, foram apresentados os objetivos e relevância da pesquisa, além dos demais aspectos éticos. Após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza do estudo, seus objetivos e métodos, autorizando a pesquisa, o representante legal da instituição assinou o Termo de Autorização.

Este Termo foi assinado em 02 (duas) vias, ficando uma em posse da pesquisadora, e a outra do CISAPE, para que este pudesse solicitar esclarecimentos

a qualquer momento da pesquisa ou impedi-la sem nenhuma penalidade. Após concordância, foram realizadas as análises documentais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO SERTÃO DO ARARIPE PERNAMBUCANO

No contexto de incentivo à descentralização das políticas públicas, os consórcios intermunicipais passaram a ser difundidos como viabilização de alternativas, abrangendo municípios de pequeno e médio porte e com características geográficas semelhantes, tornando-se entes parceiros dos governos locais (PONTES, 2008).

Em 2008, os municípios do Sertão do Araripe Pernambucano começaram a reunir-se para discutir idéias de se criar uma estrutura comum aos municípios para viabilizar estratégias e o desenvolvimento da região. Decorrente de várias discussões e seguindo uma política gerencial, os municípios consorciados criaram uma personalidade jurídica de caráter público, o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano – CISAPE, que teria como finalidade, dentre outras, a realização dos objetivos de interesse comum, visando à promoção e o desenvolvimento político, administrativo, econômico e social dos municípios e da região a que pertenciam (CISAPE, 2008).

Em janeiro de 2008 foi elaborado o Protocolo de Intenções do CISAPE. Este documento caracteriza-se como um contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público (BRASIL, 2007). Torna-se o instrumento jurídico preliminar e necessário à formação do Consórcio Público sob a forma de associação pública ou de pessoa jurídica de direito privado (BATISTA, 2011c).

De acordo com os documentos analisados, em abril de 2008, após criação de leis municipais de todos os entes participantes do consórcio, os municípios membros ratificaram o Protocolo de Intenções celebrando-o enquanto Contrato de Consórcio Público. A estrutura administrativa do CISAPE foi consagrada em fevereiro de 2009 com a aprovação do seu Estatuto Social (CISAPE, 2009a).

O CISAPE é uma associação pública integrando a administração indireta de todos os municípios consorciados, regido por meio de seu estatuto, de acordo com o Protocolo de Intenções e seus Termos Aditivos, com a Lei nº 11.107/05 e o Decreto Nº 6.017/07, bem como de acordo com as leis vigentes no país (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; CISAPE, 2008).

A área de abrangência do consórcio situa-se no Sertão do Estado de Pernambuco e reúne 13 municípios, sendo 11 da Região de Saúde do Araripe Pernambucano: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e 02 da Região de Saúde do Sertão do São Francisco: Afrânio e Dormentes (CISAPE, 2009a; PERNAMBUCO, 2012).

O CISAPE tem sede e foro na cidade de Ouricuri, estado de Pernambuco, sendo seu campo de atuação a área somada dos territórios de todos os municípios consorciados, conforme mostra a Tabela 1 (CISAPE, 2008).

Tabela 1 – Municípios integrantes e área de abrangência do CISAPE

ESTADO	REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO	MUNICÍPIOS	GERES*	POPULAÇÃO COBERTA*
PERNAMBUCO	SERTÃO DO ARARIPE	Araripina	IX	77.794
		Bodocó	IX	35.422
		Exu	IX	31.576
		Granito	IX	6.913
		Ipubi	IX	28.510
		Moreilândia	IX	11.134
		Ouricuri	IX (SEDE)	64.944
		Parnamirim	IX	20.327
		Santa Cruz	IX	13.773
		Santa Filomena	IX	13.468
		Trindade	IX	26.438
	SERTÃO DO SÃO FRANCISCO	Afrânio	VIII	17.558
		Dormentes	VIII	16.915
TOTAL				364.772

Fonte: IBGE, estimativa populacional 2011.

Dentre os municípios que fazem parte do CISAPE, podemos observar que grande maioria (69%) tem menos de 30 mil habitantes, sendo destes 66% com menos de 20 mil habitantes, o que sugere se tratar de um modelo de organização e de cooperação típico de cidades de pequeno porte, visando à superação de problemas comuns onde sozinhos não conseguiriam resolver.

Ribeiro e Costa (2000) citam que as parcerias intermunicipais tornaram-se comum na gestão municipal em saúde, constituindo-se principalmente em alternativas para os municípios de pequeno porte.

A estrutura organizacional e decisória dos consórcios, assim como no CISAPE, é estabelecida na Assembléia Geral dos prefeitos dos municípios-membros e a gerencial em um órgão executivo, compreendido pela Diretoria Executiva composta de um Presidente, um Vice-Presidente, um Tesoureiro e um Secretário Geral, definida no respectivo Estatuto Social, que determina a composição e competência dos seus órgãos, onde somente os chefes do Poder Executivo dos entes filiados ao CISAPE poderão exercer o direito de ocupar os cargos (CISAPE, 2008; CISAPE, 2009a).

Ribeiro e Costa (2000) também remetem ao fato de que os consórcios se organizam em uma instância deliberativa máxima, o Conselho de Prefeitos, recorrendo a uma instância executora no plano técnico, uma Secretaria Executiva, nomeada pelo Conselho de Prefeitos, exercendo as funções tradicionais de controle e avaliação.

O CISAPE tem sua representação legal por um chefe do Poder Executivo dos municípios consorciados e adota o sistema de rodízio mudando a cada dois anos, podendo ser reeleito uma única vez, e até quando estiver mantida a sua condição de chefe do Poder Executivo do município consorciado (CISAPE, 2008).

Além da Assembléia Geral e Diretoria Executiva, também fazem parte dos Órgãos da Administração do CISAPE a Secretaria Executiva e os Núcleos de Gestão, tendo um quadro de pessoal próprio ligado à secretaria executiva e um quadro técnico ligado ao Núcleo de Gestão, atuando em tempo integral com vistas à formação e conhecimento aprofundado sobre a problemática local e o desenvolvimento regional (CISAPE, 2009a).

A administração financeira é realizada a partir de um contrato de rateio entre os municípios-membros, previsto na Lei nº 11.107/05 e se destina à manutenção da estrutura de funcionamento e a provisão de serviços e custos operacionais do CISAPE, onde a execução destes é realizada no município-sede que recebe as

transferências diretamente dos municípios, onde as cotas de contribuição são proporcionais à população (BRASIL, 2005; CISAPE, 2009a).

Dentre os objetivos dos consórcios públicos, segundo o Decreto Nº 6.017/07, os mesmos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles (BRASIL, 2007).

Definido em seu Protocolo de Intenções e, observando os limites constitucionais e legais, os objetivos de interesse do CISAPE foram determinados pelos entes consorciados, e abrangem atividades voltadas a diversas áreas de atuação, dentre eles podemos citar, conforme disposto na cláusula sétima de seu Protocolo de Intenções: a gestão associada de serviços públicos; a prestação de serviços de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados; a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio-ambiente; assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário; ações e serviços de saneamento básico, entre outros (CISAPE, 2008).

Dentre os objetivos presentes no Protocolo de Intenções do CISAPE, podemos destacar no artigo XIV, o objetivo que dispõe sobre o desenvolvimento das ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90), onde hoje se desenvolve o principal rol de ações do CISAPE (CISAPE, 2008).

5.2 O MODELO CONSORCIADO EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO

O Governo do Estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em conjunto com os Municípios que compõem o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano, iniciou a implementação de uma política de saúde estadual regionalizada, integrada e consorciada buscando potencializar a capacidade de realizar as ações necessárias para o melhor atendimento na saúde de todas as populações daquela região (CISAPE, 2009b).

Diferentemente da maioria dos consórcios que tratam de saúde no Brasil, a SES propôs ao CISAPE a formação do Núcleo Intermunicipal de Saúde (NIS), uma parceria entre os municípios integrantes e as políticas de saúde do Estado, sendo, portanto, o consórcio não apenas uma alternativa na prestação de serviços de saúde, mas uma ferramenta de gestão para a consolidação da regionalização da rede de saúde local, com serviços integrados por meio da gestão solidária entre os municípios e compartilhamento da responsabilidade sanitária para além dos seus limites municipais (CISAPE, 2008).

O CISAPE é considerado o Consórcio Piloto do Estado de Pernambuco na implantação desse modelo inovador de gestão por meio dos Núcleos Intermunicipais de Saúde (CISAPE, 2010), e já está sendo replicado em outras regiões através do Consórcio dos Municípios da Mata Sul – COMSUL (Convênio SES nº 114/2010); do Consórcio dos Municípios da Mata Norte e Agreste Setentrional – COMANAS (Convênio SES nº 116/2010) e do Consórcio para o Desenvolvimento do Agreste Meridional – CODEAM (Convênio SES nº 201/2011).

Em abril de 2009, através de termo aditivo ao Contrato do CISAPE, foi instituído o Núcleo Intermunicipal de Saúde, o primeiro Núcleo de Gestão, que teria como objetivo a gestão da saúde no âmbito da área de atuação do consórcio (CISAPE, 2008). No mesmo ano, o NIS iniciou suas atividades através da celebração de um convênio com a SES cujo objetivo do instrumento seria a realização do Diagnóstico da Saúde Pública, bem como a Elaboração do Planejamento Estratégico do NIS na região de abrangência do CISAPE, visando à implantação de um Sistema de Saúde Pública efetivo e inovador no âmbito dos municípios envolvidos (PERNAMBUCO, 2009).

Baseado nas ações para o qual tinha sido instituído e em parceria com todos os entes envolvidos, o NIS procurou estabelecer um diagnóstico da saúde pública da região do CISAPE, cujo objetivo seria apresentar um conjunto de informações sobre a realidade da saúde pública da região, assim como, propor soluções para tal realidade através de um Plano de Regionalização elaborado de forma participativa, envolvendo e comprometendo o Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, os municípios através dos Secretários Municipais de Saúde e o CISAPE através do NIS (CISAPE, 2009b).

Através da realização do diagnóstico foi concebido um Plano de Regionalização da Saúde para região de abrangência do CISAPE que teve como elementos fundamentais objetivos, diretrizes e metas e foi validado por todos os entes envolvidos no processo, tal como a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco e os secretários de saúde dos municípios integrantes do CISAPE (CISAPE, 2009b).

Objetivando a gestão associada da política regional de atenção à saúde no âmbito do território do CISAPE, em maio de 2010 foi realizado um convênio através do Contrato de Programa SES nº 01/2010, que refletia a parceria existente entre o CISAPE e o Governo do Estado de Pernambuco.

Esse convênio tinha como finalidade a implementação da gestão regionalizada, consorciada e integrada dos serviços de atenção à saúde na área de abrangência do consórcio em conformidade com o Plano de Regionalização da Saúde realizado pelo CISAPE, objetivando oferecer maior resolutividade e melhor qualidade dos serviços (CISAPE, 2010).

Neste instrumento foram colocados à disposição do consórcio alguns serviços de saúde e os recursos humanos correspondentes existentes, bem como garantido o aporte de recursos financeiros para a manutenção dos mesmos pelo Governo do Estado que atuou como indutor do processo. Esse convênio marcou, não só o ineditismo do CISAPE, como de fato traduziu a função mediadora que o consórcio assumiu com outras instâncias de governo (CISAPE, 2010).

Para Pontes (2008), a organização de um consórcio deveria ser entendida como uma iniciativa dos municípios, no intuito de se resguardar a decisão e a autonomia dos governos locais. Apesar da estrutura do CISAPE já estar formada e consolidada na região do Araripe Pernambucano, as demandas em torno da necessidade de se resolver problemas relacionados à saúde demonstrou uma fragilidade da região.

Desse modo, iniciou-se a articulação entre os municípios envolvidos, tendo o Estado como base para o pacto e a negociação, onde este, apesar de não ser membro, é parceiro e coordena as ações para cumprimento das metas estabelecidas em conjunto com os municípios e a Gerência Regional de Saúde

(GERES) no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) para a Região do Araripe Pernambucano (CISAPE, 2010).

O PDR é o desenho final das regiões de saúde dentro do território estadual, tendo como principal finalidade a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos, sendo elemento auxiliar do processo de regionalização (BRASIL, 2006a).

Baseado no Contrato de Programa e em consonância com os objetivos, diretrizes e metas estabelecidos no Plano de Regionalização da Saúde, havia a proposta de uma reestruturação regional dentro de um modelo onde se buscou o fortalecimento da rede de atenção à saúde da região. O CISAPE teria como principal finalidade administrar e coordenar as ações orientadas à oferta de serviços de saúde especializados, onde dentre eles estava a gestão do Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB) (CISAPE, 2010).

Em março de 2010, através da Lei Estadual nº 14.023, de 26 de março de 2010, o Governo do Estado de Pernambuco autorizou a cessão do Hospital Regional Fernando Bezerra ao CISAPE com vistas a possibilitar a gestão regionalizada da rede de atenção à saúde da região, através da redefinição do perfil assistencial do HRFB como um serviço de referência regional, readequando seu modelo de gestão, infra-estrutura e seu quadro de recursos humanos, conforme descrito no Contrato de Programa firmado entre as partes (CISAPE, 2010; PERNAMBUCO, 2010a).

O HRFB é um estabelecimento público estadual, localizado no município de Ouricuri e está ligado à IX Gerência Regional de Saúde (IX GERES), sendo referência para toda a área de abrangência dos municípios da região de saúde do Araripe Pernambucano. A estrutura física é composta por 82 leitos, sendo 13 leitos de Pediatria, 05 de Neonatologia, 12 de Obstetrícia Clínica, 05 de Obstetrícia Cirúrgica, 16 de Cirurgia Geral, 04 de Ortopedia e Traumatologia e 27 de Clínica Médica (PERNAMBUCO, 2010b).

Após a gestão do CISAPE, o HRFB foi inserido numa realidade de mudanças tanto no pessoal de apoio como da assistência, com novas contratações, criação de comissões hospitalares, início de obras e reformas estruturais com ampliação da

estrutura física, informatização dos setores, aquisição de novos equipamentos e impacto significativo na realização de procedimentos, além de redirecionamento de processos de trabalho em alguns setores (CISAPE, 2012).

Essa mudança do modelo de gestão do HRFB representou importante avanço na reorganização dos serviços oferecidos, culminando numa maior estruturação da atenção à saúde na oferta de serviços para a região, priorizando as necessidades específicas dessas populações. Desde sua implantação, o CISAPE tem aumentado progressivamente sua oferta de serviços aos municípios, onde sua capacidade maximizadora foi permitindo que municípios de pequeno porte tivessem acesso a um conjunto de serviços que sozinhos não alcançariam.

A região foi reorganizando sua rede, reduzindo sua capacidade ociosa e otimizando seus serviços e a referência de pacientes entre municípios. Nos próprios municípios são realizadas atividades na atenção básica, referenciando especialidades de urgência e emergência para o Hospital Regional Fernando Bezerra.

Para Lima (2000), as necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde, tais como estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico e escassez de recursos humanos especializados, aliadas às deficiências locais têm elevado a procura por alternativas para viabilizar o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais, em dezembro de 2010 o CISAPE inaugurou o Ambulatório Médico Especializado (AME). O AME é o ambulatório de consultas especializadas do HRFB que compreendia no início uma quantidade mínima de consultas, acarretando uma demanda reprimida extensa e agendamentos mais prolongados, além da falta de especialistas. Com a reestruturação, o serviço passou a ocupar área física adequada com instalações mais amplas e, com a reorganização do serviço, houve uma ampliação de sua oferta anteriormente oferecida, tanto quantitativa quanto qualitativamente, ofertando especialidades e procedimentos que antes não estavam disponíveis para a região.

Hoje, o AME além de atender egressos do HRFB, tem caráter de atendimento regional, de suporte aos municípios (CISAPE, 2012).

A lógica de atendimento no AME é baseada pela oferta de serviços da unidade através de um sistema de cotas mensais disponibilizadas aos municípios consorciados. Os profissionais médicos especialistas são todos ligados ao HRFB, sendo em sua maioria servidores estaduais e os funcionários do quadro administrativo são contratados e regidos pela CLT (CISAPE, 2012).

A literatura em geral demonstra que os consórcios de saúde no Brasil tem se organizado principalmente para superar problemas em torno de assistência especializada e serviços de diagnose e terapia. Em sua maioria, os consórcios funcionam, para o atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, visando cumprir as lacunas e vazios assistenciais existentes nesse nível de atenção.

Com as ações desenvolvidas pelo CISAPE através do NIS, buscou-se a otimização e economia em escala, no âmbito administrativo, onde municípios de pequeno porte podem realizar serviços especializados a custo reduzido.

Além do aumento da oferta dos serviços ambulatoriais foram adquiridos computadores para informatizar todas as unidades de saúde dos municípios-membros e foi implantado o Sistema de Agendamento Eletrônico de consultas, através de software comprado e mantido pelo CISAPE (CISAPE, 2012).

Esse investimento serviu principalmente para a implantação do agendamento eletrônico via web das consultas no AME, permitindo que os municípios pudessem agendar eletronicamente, inclusive de suas próprias unidades de saúde, suas consultas. O agendamento é realizado pelos operadores municipais, que foram treinados pelo NIS. A implantação do sistema permite também aos municípios ter um maior controle do número de procedimentos e consultas disponibilizadas e facilita a programação municipal para otimização desses serviços.

A implantação desse sistema de regulação e o aprimoramento dos sistemas de informatização para uso na saúde têm possibilitado, dentre várias outras ações e atividades, o fortalecimento e a capacidade da região em aprimorar e aperfeiçoar seus recursos disponíveis.

Diante de referências que o CISAPE não dispõe, os municípios se responsabilizam pela busca do atendimento necessário através da rede privada de assistência à saúde. Todos os municípios se responsabilizam pelo transporte de seus usuários para estas referências (CISAPE, 2012).

Desde a cessão do HRFB e a implantação do AME, o CISAPE tem possibilitado a organização das referências municipais, integrando a assistência em diversas especialidades ambulatoriais, envolvendo os equipamentos municipais, a ampliação da oferta de consultas e o acesso a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico aos municípios consorciados. Mesmo assim, os municípios permanecem em pleno desenvolvimento das suas ações, se responsabilizando pela atenção básica, mas tendo como referência secundária o atendimento ambulatorial no AME e como referência na média complexidade hospitalar o HRFB.

Alguns municípios também conseguem manter sua base de atividades no próprio território, estruturando sua oferta parcial de atividades não básicas em virtude de uma demanda que, embora coberta pelo CISAPE, tem um custo operacional e político aumentado para o deslocamento da população, sugerindo que em algumas especialidades os municípios do CISAPE mantêm sua capacidade operacional de atender à sua população, além de poder se beneficiar da estrutura ofertada através do consórcio.

Baseados nos preceitos da regionalização, o CISAPE vem estruturando a oferta de serviços de saúde dentro da lógica do SUS, aliando-se ao acesso universal, atenção integral e gestão pública dos recursos disponibilizados ao consórcio. A ampliação da oferta, aquisição de equipamentos e adequação física das unidades contribuiu para evidência de melhoramento das ações do CISAPE na região, onde se pode observar que, principalmente os municípios menores passam a beneficiar-se de serviços especializados não comumente acessíveis se atuassem isoladamente.

Na região do Araripe onde existem diversos municípios de pequeno porte, a adoção deste modelo de gestão tem representado uma ampliação da escala na oferta de serviços especializados, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, onde a garantia de um sistema informatizado para reorganizar a disponibilidade de serviços ambulatoriais, a informatização das unidades de saúde da região e a otimização da

média complexidade hospitalar amplia a capacidade de resolução dos municípios, baseados num modelo sob o qual se estruturou os municípios da Região do Araripe Pernambucano, demonstrando ganhos coletivos para os municípios integrantes do CISAPE.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os desafios gerenciais assumidos e a descentralização das políticas públicas, a gestão dos municípios passou a tomar uma forma dinâmica, o que impulsionou o surgimento dos consórcios públicos. Desde a formação dos consórcios, os municípios buscaram organizar-se localmente e os gestores municipais passaram a atuar em conjunto na busca e formação de parcerias para otimização de recursos financeiros e viabilização de alternativas para suas necessidades locais.

A literatura demonstrou que os consórcios aumentam a eficiência e a eficácia promovendo efetividade e qualidade superior na oferta de serviços à população, sendo, nesta perspectiva, a prática de celebração de consórcio incentivada em todo o território nacional.

Podemos evidenciar que os consórcios intermunicipais de saúde mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil. O processo de descentralização municipal e a necessidade da construção de modelos regionais de atenção que pudessem atender as demandas de determinada região, colocaram os consórcios intermunicipais como uma possibilidade concreta de regionalização, onde diversas experiências têm se mostrado inovadoras no âmbito da implantação de Consórcios Intermunicipais.

Por favorecer uma estratégia de descentralização voltada para o processo de regionalização e hierarquização da oferta de serviços, o CISAPE tornou-se uma inovação no estado de Pernambuco, sendo utilizado como ferramenta de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, além de possibilitar a viabilidade financeira de investimentos e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação e regionalização do SUS de forma eficaz com foco em resultados para a Região do Araripe Pernambucano.

No que diz respeito à implementação de soluções políticas e organizacionais e as experiências descritas no referido estudo, o CISAPE, enquanto ferramenta de regionalização no interior do estado de Pernambuco resultou em vantagens para

todos os municípios consorciados e sua população, além de ser usado também como alternativa de financiamento no custeio dos serviços ou investimentos, observando-se uma reorganização das unidades administradas através desta ferramenta, definindo fluxos e estruturando a garantia de acesso nesses serviços. Para os municípios de pequeno porte, o CISAPE representou a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade tão completo quanto o oferecido por municípios de maior porte que conta com recursos financeiros mais favoráveis.

Do ponto de vista das vantagens da cooperação podemos perceber que na referência aos serviços oferecidos, além da reestruturação de sua oferta, houve uma resolutividade e melhor qualidade dos serviços ofertados pelo consórcio.

Viu-se que este modelo torna-se uma ferramenta adequada ao processo de reforma administrativa da gestão, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população. Seu aspecto inovador tornou-se modelo para outras regiões do estado de Pernambuco que buscam ampliar a rede de serviços oferecidos e necessários ao atendimento de sua região, onde estas alternativas podem ser incluídas entre iniciativas que geram soluções organizacionais para os modelos de administração, representando uma possibilidade concreta de regionalização.

Segundo Pontes (2008), o relatório de pesquisa “Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil”, fomentado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) demonstrou que com a implantação dos consórcios muitos municípios conseguiram consolidar suas redes básicas de saúde, evidenciando o seu relevante papel no desenvolvimento de determinadas ações.

Por fim, podemos afirmar que esse tipo de cooperação política, e podemos citar como exemplo o CISAPE, responde adequadamente às demandas regionais e, quando estruturados, se enquadram dentro de um modelo de organização regional com flexibilização e sustentabilidade compatível aos preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS, Governo do Estado. **Termo de Referência nº. 074/2011. Acordo de Empréstimo LN 7513 – BR.** 2012. Disponível em: <<http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/proderam/TDR%2074-%20CAPTACAO.pdf>> . Acesso em: 25 mai 2012.

BATISTA, Sinoel et al. **O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios.** Guia de Consórcios Públicos. 1. ed. Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 115p. Caderno, v. 1, 2011a.

_____. **O papel dos dirigentes municipais e regionais na criação e gestão dos consórcios públicos.** Guia de Consórcios Públicos. 1. ed. Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 276 p. Caderno, v. 2, 2011b.

_____. **As possibilidades de implementação do consórcio público.** Guia de Consórcios Públicos. 1. ed. Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 244 p. Caderno, v. 3, 2011c.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004. 223 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, DF, dez 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 mai 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 2.203. **Norma Operacional Básica/SUS. nº 01/96.** Brasília: DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília, DF, 1997a. p.32.

_____. **O consórcio e a Gestão Municipal em Saúde**. Conferência Nacional de Saúde On Line, 1997b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm>>. Acesso em: 25 mai 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2001.

_____. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências**. Brasília, DF, 6 de abril de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: DF, 2006b.

_____. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, DF, 17 de janeiro de 2007.

CISAPE, Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano. **Protocolo de Intenções**. Janeiro, 2008.

_____. **Estatuto Social do CISAPE**. Fevereiro, 2009a.

_____. **Plano de Regionalização da Saúde – CISAPE**. Política Regional construída de forma participativa (Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Núcleo Intermunicipal de Saúde do CISAPE), junho 2009b.

_____. **Contrato de Programa nº 01/2010 que entre si celebram o Governo do Estado de Pernambuco e o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano.** Secretaria Estadual de Saúde, CISAPE, abril 2010.

_____. Núcleo Intermunicipal de Saúde do CISAPE. **Relatório de Gestão - Agosto 2010 a Fevereiro 2012.** Fevereiro, 2012.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.204-11, 2011.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29, 1995.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2009.** Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/defaulttab.shtm>>
> Acesso em 08 jun 2012.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2011.** Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/defaulttab.shtm>>
>Acesso em 08 jun 2012.

LIMA, Ana Paula Gil. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, outubro, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NEVES, Luiz Antonio da Silva. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (SP): Elementos da Cooperação Política.** 2001. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Convênio nº 090/09 que entre si celebram o Estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde e o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano**. Recife, 2009.

_____. **Lei nº 14.023, de 26 de março de 2010**. Autoriza o Estado de Pernambuco a ceder o direito de uso do imóvel que indica, e dá outras providências Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Pernambuco, 2010a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Operativo Anual do Hospital Regional Fernando Bezerra**. Recife, 2010b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR SUS/PE**. Recife, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Regionalização**. Recife, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoas/regionalizacao/>> Acesso em 02 jun 2012.

PONTES, José Walter Raimundo. **Consórcios Intermunicipais: limites e possibilidades da gestão cooperada – estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2008.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 276-83, abr/jun, 2007.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. **Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Planejamento e Políticas Públicas, n. 22, dez 2000.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.187-192, 2000.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n.1, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ao Ilm^o. Sr. Francisco Ronaldo de Alencar Sampaio

Presidente do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano –
CISAPE

Os consórcios intermunicipais iniciaram a ser cada vez mais implantados como alternativa de organização da rede regional, sendo estes capazes de superar lacunas assistenciais. Esse inovador modelo de gestão vem atuando como um fator de integração regional entre municípios, implementando uma gestão por resultados, buscando superar as deficiências em determinadas áreas específicas.

A formação de consórcios intermunicipais vem se firmando como novas estratégias de enfrentamento no âmbito local e regional, adaptando-se às necessidades de organização do modelo assistencial, principalmente no que diz respeito à ferramenta regionalização enquanto princípio do SUS.

Nesta perspectiva, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE REGIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CISAPE NO SERTÃO DO ARARIPE PERNAMBUCANO**”, para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna Aline Silva Jerônimo do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Esta pesquisa terá como objetivo geral analisar o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano - CISAPE, enquanto ferramenta de regionalização no interior do estado de Pernambuco, e como objetivos específicos:

- Descrever o processo de implantação do CISAPE;

- Descrever os principais desafios e dificuldades enfrentados pelo CISAPE enquanto instrumento de gestão regionalizada no sertão do Araripe Pernambucano.

A pesquisa será desenvolvida através de consultas a bases de dados administrativos dos registros do CISAPE.

Salientamos que o projeto de pesquisa buscará respaldo ético junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o qual indicará um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para posterior submissão, respeitando assim todos os preceitos éticos que regem as pesquisas científicas.

Certa de sua compreensão, desde já agradeço a atenção dispensada e me coloco à disposição para maiores esclarecimentos pelos contatos:

Telefone: (87) 9930-4462

E-mail: alinesjeronimo@gmail.com.

Aline Silva Jerônimo
Estudante do Curso de Especialização em Gestão em Saúde
Universidade Estadual da Paraíba

APÊNDICE B



Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano

Afrânio, Araripina, Bodocó, Dormentes, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade

À Sr^a Aline Silva Jerônimo

Pesquisadora vinculada a Universidade Estadual da Paraíba-UEPB/ Secretaria de Educação a Distância – SEAD/ Universidade Aberta do Brasil – UAB/ Programa Nacional de Formação em Administração Pública/Especialização em Gestão em Saúde.

Cara Pesquisadora,

Vimos por meio deste autorizar o desenvolvimento da pesquisa intitulada “CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE REGIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO CISAPE NO SERTÃO DO ARARIPE PERNAMBUCANO”, que será efetuada pela estudante do curso de especialização em Gestão em Saúde ALINE SILVA JERÔNIMO, sob orientação da Prof^a. D.Sc. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, e que tem como objetivo geral analisar o Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano (CISAPE) enquanto ferramenta de regionalização no interior do estado de Pernambuco.

Reiteramos que a pesquisa será desenvolvida na própria sede do CISAPE, sempre acompanhada por algum representante da referida instituição.

Atenciosamente,

Francisco Ronaldo de Alencar Sampaio
Presidente do CISAPE